

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

— **THÈSE** —

N. —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 mai 1909, à 1 heure.

Par M^{lle} R. SCHOUMSKY

APPENDICITE DANS LA ROUGEOLE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : { MM. PIERRE MARIE, professeur.

ANDRÉ BROCA et NOBÉCOURT, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (*près l'Odéon*)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible hommage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

A la suite d'une leçon au cours de laquelle M. le professeur Hutinel nous avait signalé quelques faits d'appendicite survenue au cours de la rougeole, nous avons désiré nous documenter, et notre étonnement a été grand de constater l'indigence de la littérature relativement à cette matière.

Personnellement, dans les différentes revues et les divers traités, nous n'avons pu rassembler que onze cas. C'est un chiffre véritablement modeste. Nous avons eu la chance d'y pouvoir ajouter quatre faits, et nous avons pensé qu'il y avait là un sujet digne d'intérêt ; que le groupement de ces quinze cas pouvait constituer un noyau presque suffisant pour nous permettre de tenter d'ajouter un court chapitre à l'étude, plus poussée déjà, mais incomplète encore, des relations existant entre l'appendicite et les maladies infectieuses.

La rougeole est une maladie, nul n'en ignore, qui tous les ans fait d'innombrables victimes. On a beaucoup

écrit sur elle, beaucoup disserté. Ses complications ont fait l'objet de travaux nombreux. On s'est appesanti, avec raison d'ailleurs, sur ses complications, car plus que le rougeole elle-même, elles ouvrent des tombes par milliers.

Mais il est une complication qui est passée presque inaperçue : nous voulons parler de l'appendicite.

Cette complication, assurément rare, n'en présente pas moins d'intérêt.

D'autre part l'appendicite est une affection assez grave déjà par elle-même, et son association avec une autre maladie, avec une rougeole, pourra, et a pu singulièrement embarrasser les cliniciens, même de tout premier ordre.

La rareté même des cas d'association de l'appendicite à la rougeole, exige qu'aucun de ces cas ne soit négligé et traité avec dédain, mais recueilli précieusement ; les indications qu'on en pourra tirer constitueront un guide plus sûr pour le praticien quand il se trouvera en présence d'un cas semblable.

Et avant tout le praticien doit être prévenu de la possibilité de l'association de ces deux affections : rougeole et appendicite. Si les quelques cas que nous apportons ici peuvent avoir pour effet de tenir l'esprit du médecin en éveil contre cette possibilité d'une appendicite chaque fois qu'il soignera un malade atteint de rougeole, le but de notre thèse inaugurale sera atteint.

Mais avant d'aborder notre sujet, obéissant à la tradition qui veut qu'à la fin des études médicales on fasse un retour vers les années écoulées, nous tenons à ac-

quitter ici notre dette de reconnaissance envers ceux qui ont dirigé notre éducation médicale.

A nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier iront nos premières pensées. Nous leur devons d'avoir pu faire plus facilement nos premiers pas dans l'art de la médecine.

A la mémoire de M. le professeur TERRIER nous adressons un hommage de profond respect et de reconnaissance, pour avoir tenté de faire entrer en notre esprit les qualités de méthode et de précision qui caractérisaient sa haute autorité chirurgicale.

Nous prions M. le professeur BAR d'accepter ici l'expression de toute notre gratitude pour nous avoir initiée à la pratique obstétricale.

Que tous nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté de Paris veuillent agréer notre souvenir respectueux, et en particulier MM. les D^{rs} WIDAL, BRINDEAU, GOSSET et BROCA.

M. le professeur agrégé RENON, médecin de la Pitié, a bien voulu nous donner un enseignement toujours empreint de bienveillance ; nous l'en remercions ici bien chaleureusement.

C'est à M. le D^r ROGER-VOISIN que nous devons quelques indications au sujet de notre thèse, et nous l'en remercions.

M. le D^r COMBY et M. le D^r VEAU nous ont fait gracieusement profiter de leur expérience personnelle : qu'ils croient à nos sentiments de profonde gratitude.

Nous prions M. le professeur HUTINEL de croire au souvenir inaltérable que nous garderons de son ensei-

gnement, à la fois familier et empreint de la plus haute autorité clinique. Ce nous est un honneur très cher de l'avoir vu accepter la présidence de notre thèse et nous lui en sommes vivement reconnaissante.

HISTORIQUE

Nous n'aurons pas la mauvaise grâce de revenir une fois de plus sur la question de savoir si l'appendicite a dans la pathologie une existence déjà longue et si vraiment l'appendicite est vieille comme le monde, si l'appellation seule est neuve (1889), peu nous chaut, puisque aussi bien le courant d'idées que nous suivons n'est guère créé que depuis un nombre d'années relativement restreint. Ce qui nous intéresse, c'est d'établir les relations existant entre les lésions de l'appendice cæcal d'une part, et d'autre part les maladies infectieuses et la rougeole en particulier. Or, ainsi que nous l'exprimions à l'instant, quelques années seulement ont passé depuis le jour où le problème s'est posé d'une façon formelle devant le monde médical.

Déjà, en 1859, Leudet avait bien exprimé l'idée que les fièvres éruptives pouvaient parfois causer des lésions de l'appendice, mais d'une part les faits qui avaient attiré son attention étaient trop peu nombreux, d'autre part l'appendicite comme maladie autonome était niée

par la grande majorité des auteurs. C'était une notion qui se confondait avec celle de la pérityphlite érigée en doctrine et qui jouissait alors d'une acceptation quasi-unanime.

C'est quaranteans plus tard seulement que la question de relation de l'appendicite avec les maladies infectieuses fut de nouveau remise en jeu. En 1892, pour la première fois, Isnardi citant trois cas de grippe compliquée d'appendicite attirait l'attention sur une nouvelle pathogénie de l'appendicite. Depuis, nombre d'auteurs ont relevé des cas semblables et presque toutes les maladies générales ont été l'objet de recherches dans ce sens.

Pour établir les diverses acquisitions à ce sujet deux méthodes s'offrent à nous. Ou bien noter au fur et à mesure de leur apparition les documents : observations et théories, ce qui donnerait un groupement touffu ; ou bien relever séparément pour chacune des principales fièvres infectieuses ce que nous pourrions recueillir. C'est à cette dernière méthode, plus schématique et plus claire, que nous nous sommes arrêtée.

Nous étudierons successivement et dans l'ordre suivant les relations qui ont été relevées entre l'appendicite, d'une part, et d'autre part les :

- I. — Oreillons ;
- II. — Rhumatisme ;
- III. — Érysipèle ;
- IV. — Pneumonie ;
- V. — Grippe ;
- VI. — Syphilis ;

VII. — Angine ;

VIII. — Diphtérie ;

IX. — Scarlatine ;

X. — Variole, vaccine, varicelle ;

XI. — Rougeole, qui nous occupera d'une façon
toute spéciale.

OREILLONS

En 1901 Simonin apportait quatre observations d'appendicites ourliennes :

1° Un cas d'oreillons bénin parotidien et sous-maxillaire avec polyadénite: une appendicite latente fut révélée par la douleur à la pression du troisième au cinquième jour ;

2° Un cas où l'appendicite fut diagnostiquée du quatrième au sixième jour ;

3° Un cas d'oreillons parotidien avec crise appendiculaire manifestée par des douleurs spontanées et douleurs provoquées par la pression du deuxième au quinzième jour ;

4° Un cas d'oreillons à début insidieux avec amygdalite folliculaire et orchio-épididymite bilatérale. Crise appendiculaire violente du sixième au neuvième jour avec vomissement, diarrhée et état infectieux.

En 1902, le Dr Bardon relève un cas très net constaté par lui à La Roche-Guyon et dont il publie l'observation.

Enfin, en 1906, M. Jalaguier écrivait dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* : « J'ai assisté M. Chaput dans une opération de laparotomie pour péritonite, consécutive à une appendicite survenue au déclin d'oreillons. » Il est donc acquis que les oreillons ont une part certaine dans l'étiologie de l'appendicite.

RHUMATISME

On semble, en France, n'avoir pas été très heureux en ce qui concerne la récolte des faits d'appendicite au cours du rhumatisme. Les Anglais ont été plus favorisés. Nous relevons en effet les noms de : Frazer (« Rhumac. appendicitis », *Brit. M. J. London*, 1895); Sutherland (« Appendicitis and Rheumatism. », *The Lancet*, 24 août 1895); Brazil (« Two cases of append. associated with rheumatism. », *British Med. Journ.*, 1898); Robinson (« Rheumatism as a cause of append. », *Medical Record*, 4 sept. 1895), qui tous en ont rapporté des cas intéressants.

M. Jalaguier, en 1896, relève une observation qui nous paraît probante. C'est l'histoire d'une fillette qui au cours d'une maladie caractérisée par de la fièvre et des fluxions dans les diverses articulations fut tout à coup prise de nausées, de vomissements s'accompagnant d'une douleur fixe au point de Mac-Burnay et de tuméfaction dans la fosse iliaque droite.

Les relations possibles entre le rhumatisme et l'appendicite n'ont pas échappé à la sagacité de M. le professeur Poncet.

Le D^r Borovsky, de Russie, vient ajouter un cas à la liste ; enfin le cas le plus riche en enseignement fut rapporté par M. Barnegyeo qui vit guérir par l'administration de salicylate de soude une crise d'appendicite causée par une crise de rhumatisme articulaire aigu ; la médication spécifique de cette dernière affection semble donc en la circonstance avoir exercé également une action spécifique sur l'appendicite dont la nature paraît ainsi établie.

ÉRYSIPELE

Aux trois cas cités par M. Simonin nous avons la satisfaction d'ajouter un fait personnel observé tout dernièrement.

Observation personnelle

Il s'agit d'un enfant de 14 ans, qui fut pris le 20 mars 1909 d'une angine à streptocoque, dont l'atténuation fut rapide ; mais le 25 mars, l'enfant se plaignait d'une vive douleur à la face ; le nez se tuméfiait et était dans toute son étendue le siège d'une plaque érysipélateuse nettement délimitée, parsemée de phlyctènes remplies d'un liquide citrin (température : 39°). Le lendemain il était complètement indemne et ne présentait plus que des traces de desquamation à l'emplacement des phlyctènes, mais la joue gauche était à son tour envahie (température : 40°). Le lendemain matin, l'état restait stationnaire ; la température, de 38°9 le matin, atteignait le soir 39°8. Le 27 l'érysipèle avait

gagné l'oreille gauche et s'étendait sur le pariétal et l'occipital ; la température rectale était de 41°8.

Mais, fait curieux, dès le premier jour de l'érysipèle le point de Mac-Burnay était très douloureux à la palpation, qui, pratiquée avec douceur, arrachait des gémissements à l'enfant. Le ventre était ballonné ; il y avait de la défense musculaire. Le 27 l'examen du foie et de la rate décelait l'augmentation du volume de ces deux organes. Le foie était douloureux. A l'auscultation du cœur on trouvait les deux bruits légèrement prolongés. Le 28 les vomissements apparaissaient. Le 29, l'érysipèle passait de gauche à droite, et par la douleur on le découvrait au tiers inférieur du pariétal droit. Le même jour les deux bruits du cœur étaient nettement dédoublés. Les douleurs abdominales continuaient, mais les vomissements cessaient. La température restait élevée, elle oscillait entre 40° et 41°. Le 30 et le 31 mars tous ces phénomènes persistèrent.

Le 1^{er} avril au matin l'érysipèle semblait parfaitement terminé et du même coup tous les phénomènes abdominaux, y compris la douleur du point de Mac-Burnay, disparaissaient. La température baissait et n'était plus que de 37°2 le matin ; le pouls, qui pendant toute la maladie avait accusé de 100 à 110 pulsations, ne marquait plus que 82.

Le 2 avril le cœur ne battait plus qu'à 64 mais le dédoublement du second bruit persistait et la température marquait encore le soir 38°7. On se trouvait probablement en présence d'une endocardite infectieuse à forme très légère. L'analyse des urines n'a jamais décelé trace d'albumine.

PNEUMONIE

Très souvent, chez les enfants surtout, la première manifestation de la pneumonie consiste dans une douleur localisée à la fosse iliaque droite, avec défense musculaire et vomissements pouvant en imposer pour une appendicite. M. le professeur Hutinel et M. le D^r Comby ont beaucoup insisté sur ces pneumonies à forme appendiculaire. Massalango et Cazzolino à l'étranger ont attiré l'attention sur le même fait.

Mais ce n'est pas là une règle absolue et quelquefois la crise appendiculaire a véritablement correspondu à une appendicite.

Déjà en 1892 Talamon cite l'observation d'une femme ayant succombé à une appendicite aiguë avec péritonite partielle et suppurée qui avait eu lieu quelques semaines après une pneumonie suivie d'une parotidite suppurée.

Parkhurst, en 1903, signale une appendicite pneumonique (*Complications and sequelae of pneumonia*; Burlington, 1903, IX). Vetlesen (V *Nordischer Kongress für innere Medizin*, Stockholm, 24-31 août 1904) en étudiant les rapports étiologiques et cliniques de l'appendicite, remarque dans les deux maladies les mêmes symptômes tels que : début brusque, herpès. Il observa cinq cas de pneumonie suivie d'appendicite.

Après les preuves cliniques la démonstration bactériologique a été fournie par Wilson en Angleterre,

Tavel et Lanz en Suisse, Krogins en Allemagne, Ferricr et Sevestre en France, qui tous ont trouvé dans l'appendice du pus où le microscope fit découvrir du pneumocoque plus ou moins associé.

Même il a été relevé un cas, et c'est M. le Dr Rou-dneff, de Russie (*Chirurgie*, Saint-Pétersbourg, 1901), qui le rapporte, où l'appendice contenait le pneumocoque en culture pure.

Ces quelques faits ne constituent qu'une partie de ce que la littérature offre à considérer.

Ils sont intéressants car ils prouvent que le pneumocoque ne marque pas seulement une affinité pour les séreuses, mais que le tissu lymphoïde de l'appendice en est également tributaire.

GRIPPE

On a fait jouer à la grippe un rôle des plus considérables dans l'étiologie de l'appendicite. Les cas ont été rapportés très nombreux, et nous devons, pour nous borner, faire une sélection. Isnardi, en 1892, en citait trois, dont un mortel. Merklen, en 1897, en citait trois également ; il leur adjoint une théorie suivant laquelle la grippe ne ferait qu'exalter la virulence des germes pathogènes, hôtes habituels de l'appendice. Nous verrons plus tard ce qu'il en faut penser.

Sérébrianikoff, médecin russe, décrivit un cas d'appendicite consécutive à la grippe (*Jujno-Russkaja medicinskaia gazetta*, 1897, 25).

Florand apporta quelques cas de grippe compliquée d'appendicite, dont l'un dût être opéré d'urgence.

M. Faisans, à trois cas personnels, adjoint les observations de M. le médecin-major Charpentier, qui, au 156^e régiment d'infanterie, en garnison à Commercy, observa une épidémie de grippe en 1899. Il put relever cinq cas d'appendicite à forme bénigne mais très nette. « Chez tous les malades, la douleur apparut brusquement, précédée de constipation; la fièvre, modérée, ne dépassait pas 38°5; la langue était légèrement saburrale; on notait de l'anorexie, des nausées, des vomissements. Tous les malades ont indiqué d'eux-mêmes, en y portant le doigt, le point de l'abdomen qui était douloureux: point de Mac-Burnay. Il y avait de l'empâtement. »

M. Faisans élève à ce sujet une théorie qui en fait le véritable champion d'appendicite grippale.

Il est très catégorique: « La plupart des médecins, dit-il, qui relatent ces cas (appendicite grippale) les considèrent presque comme exceptionnels; je suis beaucoup plus radical: je pose en principe que la grippe est la principale cause, la cause presque unique de l'appendicite. Toutes les autres appendicites mises ensemble constituent l'infime exception en regard de l'appendicite grippale qui est la règle générale. »

En Allemagne, Franke et Sonnenburg se rangent à l'opinion de M. Faisans:

Sonnenbourg a remarqué qu'à la suite d'une épidémie de grippe qui avait sévi à Frankfort-sur-Oder le nombre des appendicites s'était considérablement accru.

Schaltes, de 1896 à 1903, soigna six cents soldats at-

teints de grippe, sur lesquels trente-neuf eurent une appendicite, soit un rapport de 6,5 0/0.

La confirmation bactériologique de l'appendicite grippale a été fournie par Adrian (*Die Appendicitis als Folge einer Allgemeinen Nerkrankung Klinisches und Esperementalles*, Leipzig, 4^e édit., 1901), et Corbellini (« El bacillo de Pfeifer en la appendicitis », *Revistia de la Sociedad medica Argentina*, 1902, n. 5-7), qui ont chacun trouvé dans le pus de l'appendice le bacille de Pfeifer. Enfin M. Ph. Marvel, convaincu, qu'une statistique portant sur un grand nombre d'observations, (ce qui n'avait jamais été fait avant lui) devait aboutir à une moyenne plus mathématique, poussa ses investigations sur une période de quatorze années, et dans trois hôpitaux : 1^o Philadelphia Episcopal Hospital ; 2^o Pensylvania Hospital ; 3^o Philadelphia German Hospital.

Voici à quels chiffres il s'arrêta :

	1 ^{er} hôpital	2 ^e hôpital	3 ^e hôpital
	—	—	—
De 1889 à 1893 . . .	15 cas	15 cas	—
De 1894 à 1898 . . .	226 —	124 —	223 cas
De 1899 à 1903 . . .	516 —	226 —	475 —

Soit une augmentation moyenne de 100 0/0 en comparant la dernière période de cinq ans avec la précédente.

Il constata que cette progression ascendante était bien en rapport avec la multiplication des cas de grippe.

SYPHILIS

Le 20 avril 1904, M. le professeur Gaucher publiait dans la *Presse médicale* trente-deux observations d'appendicite, sur le nombre total desquelles vingt-neuf relaient la syphilis dans les antécédents des sujets. Il émettait à cette date l'hypothèse, que probablement, il fallait chercher dans ces faits si nombreux une relation directe de cause à effet.

M. le professeur Fournier, qui lui répondait, citait douze cas d'appendicite ayant évolué chez des sujets nettement syphilitiques. Mais se basant sur ce fait, que le traitement spécifique une fois appliqué n'avait donné aucun résultat, il se montrait moins affirmatif que M. le professeur Gaucher, et déclarait : « Quant aux rapports de cause à effet je n'ose encore les préciser. » MM. Barthélemy et Hallopeau s'insurgeaient vivement contre l'hypothèse émise par M. Gaucher.

C'est alors que M. de Varenne déclarait : « Il n'y a nulle raison pour que la syphilis ne touche pas aussi bien l'appendice que les autres tissus lymphoïdes. »

Revenant à la charge l'année suivante (*Gaz. Hop.*, 9 nov. 1905) M. le professeur Gaucher persistait dans ses conclusions.

M. Bord est amené à s'occuper de la syphilis amygdalienne et appendiculaire par « la connaissance des faits nombreux où en dehors de la syphilis on avait noté la coexistence de l'appendicite avec l'hypertrophie des amygdales ou les végétations adénoïdes ».

Dans un article ayant pour titre : « Des réactions appendiculaires au cours de la syphilis secondaire » il présente dix-neuf malades en puissance d'accidents secondaires observés à Broca, dans le service de M. Thibierge. Sept de ces sujets restèrent indemnes, mais chez les douze autres, furent évidents les signes cardinaux de l'appendicite. Ces malades furent examinés (tout au moins huit d'entre eux) par M. Jalaguier, qui confirme le diagnostic. Or, remarque intéressante, les douze malades présentant une réaction appendiculaire positive étaient d'âge inférieur à 20 ans. Leur accident primitif ne remontait guère à plus de trois mois; il était même plus récent pour quelques-uns d'entre eux. En tout cas, toujours en même temps que l'appendicite, il y eut des lésions spécifiques du pharynx. La plupart des malades ignoraient l'existence de point de Mac-Burnay douloureux, mais l'examen le leur faisait percevoir nettement. Les sept autres malades dépassaient la trentaine (âge où les follicules clos s'atrophient), leur accident primitif n'était pas plus ancien, mais le traitement intense leur avait déjà été appliqué. L'amygdalite et la pharyngite faisaient d'ailleurs défaut chez la moitié d'entre eux.

Relatons enfin le cas de M. Lejars, qui dut opérer d'urgence une jeune fille de 19 ans traitée dans le service de M. Jeanselme pour des accidents spécifiques. L'appendice fut trouvé lésé.

ANGINE

Déjà Sahli, de Berne, au Congrès de Munich, en 1895, pour exprimer les grandes analogies de structure existant entre l'amygdale et l'appendice, appela ce dernier « amygdale de l'intestin ». Il qualifia l'appendicite d'angine de l'appendice iléo-cæcale. Depuis, nombre d'auteurs se sont efforcés de mettre en évidence la façon identique dont se comportent les deux organes vis-à-vis des diverses infections.

De nombreux faits établissent d'une façon indiscutable les relations étroites qui unissent l'appendicite à toutes les infections de rhino-pharynx.

Dès 1891 Rowland Homphres, de Londres, signalait un fait d'appendicite venant compliquer une angine.

Deux ans plus tard, en 1893, Th. Kelynak, également de Londres, racontait la mésaventure d'un jeune étudiant de 21 ans. Ce jeune homme, souffrant d'une grave angine à forme diphtéroïde, succombait rapidement aux atteintes d'une appendicite gangréneuse survenue consécutivement.

En 1899, Faisans cite le cas d'un de ses petits malades qui a fait une seconde crise d'appendicite, laquelle s'était manifestée en même temps qu'une amygdalite. Jalaguier, dans la deuxième édition du *Traité de chirurgie*, dit tenir du D^r Lacaze (de Montauban) le cas d'une dame qui, atteinte d'abord d'une angine herpétique, fut prise au bout de quelques jours d'une appendicite.

Simonin, en 1901, rapporte sept cas d'appendicite survenue à la suite d'une infection de rhino-pharynx. L'appendicite observée dans ces circonstances par Simonin fut légère et très bénigne. Dans aucun cas on n'a dû intervenir chirurgicalement.

A la fin de 1902, le Dr Weber (médecin de la marine allemande) publiait et commentait trois nouveaux faits de même nature, émanant de la clinique médicale de Breslau.

En 1904 M. Lejars apporte une très intéressante observation. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, soignée pour des accidents spécifiques et prise brusquement d'une angine des plus douloureuses ; la gorge était très rouge, les deux amygdales tuméfiées et recouvertes d'un enduit gris jaunâtre, dans lequel l'examen ne révéla pas de bacille de Loeffler. Deux jours plus tard, la malade présenta brusquement une crise aiguë d'appendicite pour laquelle on l'opéra d'urgence : l'examen montra des lésions nettes de l'appendice.

Kretz (1) relate deux autopsies où il trouva l'appendice infiltré de pus et où en même temps il releva la présence d'une angine qui avait été méconnue pendant la vie.

Apoland, Sonnenburg, Rudolph, Schnitzler de Wien, apportent chacun leur observation d'appendicite consécutive à l'angine.

Poliakoff, de Russie, rapporte trois cas analogues.

M^{me} Mathilde de Biehler, assistante à la clinique thé-

1. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1900, p. 103.

rapeutique de l'Université de Varsovie, publiait en 1905 deux cas qu'on trouvera *in extenso* dans les *Archives de médecine des enfants* (1905).

A l'angine accidentelle survenant chez un sujet sain on doit ajouter, et pour une grosse part, la poussée aiguë survenant chez un sujet en état adénoïdien habituel.

M. Guinon (Soc. méd. des hôpitaux, 13 juil. 1906), a trouvé dix-sept fois des végétations adénoïdes sur vingt-huit enfants atteints d'appendicites. M. Comby releva dix cas de végétations adénoïdes, précédemment opérées, chez des enfants atteints d'appendicite. M. Delacour, dans sa thèse inaugurale de 1904, avait déjà établi les rapports de l'appendicite et de l'état adénoïde.

DIPHTÉRIE

En 1859, Leudet, citant Cless, dit que la diphtérie cause des perforations de l'appendice iléo-cæcale ; il en a vu un grand nombre de cas. M. le Dr Bardon déclare que les lésions sont surtout fréquemment observées et particulièrement graves chez les sujets, tués par le bacille de Loeffler. D'autre part Simon affirme que dans nombre de cas de diphtérie, systématiquement autopsiés et examinés au point de vue appendiculaire dans le pavillon d'Aubervilliers, des lésions nettes furent mises à jour. Ces lésions furent étudiées d'une façon détaillée par Simon.

SCARLATINE

C'est à Kauffman que revient le mérite d'avoir mis définitivement en valeur la cause scarlatine de certaines appendicites. Pour lui l'appendice présente des lésions constantes dans la scarlatine. Il réunit dans sa thèse vingt cas recueillis dans un laps de temps relativement court et leur ajoute onze cas personnels qui sont probants. Les conclusions qui terminent son travail sont par lui brillamment défendues.

VARIOLE, VACCINE ET VARICELLE

Nous sommes ici moins riche et nous devons nous borner à enregistrer deux observations de Leudet pour la variole (*Arch. méd.*, p. 136, 1859) : l'une de variole hémorragique, et l'autre dans laquelle la rougeole précéda la variole, qui se déclara seulement à l'hôpital.

Russel signale un cas très curieux, où l'appendicite arriva à la suite d'une simple vaccine.

Nous ne citerons qu'un cas de M. Jalaguier relatif à la varicelle.

LA ROUGEOLE

Nous n'aurons pas à remonter bien loin dans le passé pour retracer l'histoire de l'appendicite dans ses relations avec la rougeole. C'est un sujet qui est encore à l'état embryonnaire et sur lequel l'éveil a été donné en quelques trop rares circonstances.

C'est en France que, pour la première fois, semble-t-il, M. le Dr Jalaguier a mis en valeur l'apparition d'une appendicite au cours d'une rougeole. C'était chez un enfant, un petit garçon, qu'il soignait avec le Dr Bucquay. Les symptômes furent découverts au sixième jour de la rougeole.

En 1899 Henrich Ganz publie également un cas.

Willams (*Boston Medical*, 1901) donne une observation très détaillée accompagnée de l'étude anatomique des lésions, l'appendicite ayant été traitée par l'intervention.

En 1902 M. le professeur Roger cite un cas d'appendicite dans la rougeole.

Le Dr Mengus (*Archives médicales d'Angers*, 1908)

relate deux observations que nous retrouvons à la fin de ce travail.

M. le Professeur Bickel (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1907) rapporte un cas intéressant.

M. le professeur Hutinel, au cours d'une leçon clinique, rappelait à ses élèves deux cas ayant évolué sous leurs yeux. Il y ajoutait à titre de commentaire et de complément l'histoire d'une petite Brésilienne observée dans sa clientèle.

Le Dr Audbert, de Loches, publiait dans la *Gazette Médicale du Centre* un cas sur lequel il s'étendait longuement.

Tel est le bagage, onze cas au total, que nous avons pu réunir dans la littérature.

Nous devons nous en contenter et en leur ajoutant trois observations, plus un cas, nous essayerons d'en tirer des notions pathogéniques, d'en retracer les lésions appendiculaires, d'esquisser un tableau clinique conforme, d'en conclure un pronostic et d'en dégager une indication au point de vue du traitement.

PATHOGÉNIE DES LÉSIONS APPENDICULAIRES

En considérant le nombre restreint des observations qui servent de base à notre travail peut-être pourrait-on douter de l'existence effective de l'appendicite rubéolique et voir dans la coexistence des deux affections une simple coïncidence.

Nous répondons que, d'une part, l'appendicite de cause générale étant établie avec évidence par de très nombreux faits nets, et dégagés de toute ambiguïté, cette étiologie a force de loi en pathologie.

D'autre part, dans les observations que nous citons, la succession de l'appendicite à une infection rubéolique est si nette, les rapports existants entre les deux affections si frappants, que nous ne pouvons y voir autre chose que la manifestation de cette loi qui dit que très souvent l'appendicite est « l'expression locale d'une maladie générale ».

Comment la rougeole se localise-t-elle sur l'appendice ? Exerce-t-elle son action exclusivement en exaltant la virulence des microbes, qui habitent normalement cet

organe ou bien au surplus l'infection se fait-elle grâce à un apport de microbes ou de toxines par la voie lymphatique et sanguine.

Et tout d'abord est-il bien nécessaire de penser que l'appendice ait été antérieurement taré, ou bien la rougeole en tant que maladie infectieuse, peut-elle créer de toutes pièces une appendicite.

Souvent le malade n'a jamais présenté dans ses antécédents d'affection permettant de supposer qu'un état appendiculaire latent en peut résulter; d'ailleurs Josué et d'autres ont reproduit expérimentalement par injection intra-veineuse des appendicites chez des animaux, sur l'appendice desquelles aucun point d'appel n'avait été créé, même pas le plus léger traumatisme.

Devons-nous considérer comme une théorie absolue celle qui consiste à baser toute la pathogénie de l'appendicite, venant compliquer une maladie infectieuse sur une recrudescence de virulence de la flore microbienne de l'appendice. Cette pathogénie a fait ses preuves, mais il y a des cas qui manifestement lui ont échappé.

Ainsi M^{lle} Mayer ayant fait l'étude bactériologique de quarante appendices opérés à chaud ou à froid, en a trouvé la moitié complètement stériles.

D'autre part, on a vu des appendicites dont la cause n'était manifestement pas la virulence exagérée des hôtes normaux de l'appendice. Ainsi, Roudneff a trouvé une culture pure de pneumocoque dans l'appendice. Ferrier, Achard, Broca, Sevestre ont également trouvé des pneumocoques. Corbellini signale l'appendicite à

bacille de Pfeifer. Des appendicites scarlatineuses, angineuses, érysipélateuses ont eu pour cause le streptocoque. L'appendicite d'une maladie infectieuse peut donc avoir pour cause le microbe spécifique de cette maladie; et si l'on venait à isoler l'agent encore inconnu de la rougeole, peut-être le retrouverait-on dans l'appendice.

Quelle voie emprunte l'infection et pourquoi l'appendice paraît-il dans les maladies infectieuses être si fréquemment touché? Cette propagation nous paraît se faire souvent par voie sanguine et lymphatique comme elle se fait aux autres organes lymphoïdes: rate, ganglion, amygdale. Des nombreuses expériences plaident en faveur de ce mode de propagation.

M. Josué a pu reproduire sur les lapins une appendicite par inoculation intra-veineuse: 1° d'une culture de strepto-bacille; 2° de contenu intestinal.

M. Letulle a rappelé qu'il y a une appendicite éberthienne, réalisée par infection généralisée sanguine une heure après l'inoculation (expér. Dominici).

Charrier a isolé un strepto-bacille du lapin qui, injecté dans le sang de cet animal, reproduit des lésions de l'appendicite et ne produit que ces lésions.

M. le professeur Roger a reproduit une appendicite avec le pneumo-bacille; M. Gouget également: 1° avec le strepto-bacille; 2° par injection sous-cutanée d'urine septique. Il a trouvé l'appendice parsemé de points blancs correspondant à des follicules tuméfiés, bourrés de leucocytes.

Plus concluantes encore nous paraissent les expérien-

ces de Mosny ; elles montrent qu'un microbe n'est pas nécessaire, que les toxines seules peuvent produire une appendicite. Il a opéré avec deux toxines : la toxine pneumococcique et la toxine staphylococcique.

Enfin, l'histologie prouve que bien souvent la muqueuse est remarquablement saine tandis que la sous-muqueuse, c'est-à-dire la région vascularisée, présente des lésions des follicules.

De toutes ces remarques nous pouvons conclure que : 1° si l'exaltation de virulence de la flore microbienne normale de l'appendice est une cause d'appendicite ; 2° d'autres microbes peuvent également intervenir ; 3° ces microbes sont les germes spécifiques de la maladie infectieuse concomitante ; 4° ces microbes parviennent à l'appendice par l'intermédiaire de la circulation.

Nous avons vu le comment de cette infection, il nous reste encore à établir le pourquoi de cette localisation.

Nous le trouvons dans la structure histologique même de la muqueuse de l'appendice.

Cette muqueuse renferme un nombre considérable des follicules clos. Ces follicules clos déjà bien développés chez le nouveau-né atteignent leur maximum de grandeur (0 m/m. 75 à 1 m/m.) chez l'enfant, où on les voit bien à l'œil nu et où ils sont si nombreux, et si étendus qu'ils ne laissent qu'un petit intervalle entre eux. Cette disposition typique et serrée des follicules clos se modifie après 30 ans, quand les follicules deviennent plus espacés. (C'est, d'après toutes les statistiques, l'âge où la fréquence des appendicites diminue peu à peu.)

Tous les auteurs insistent sur cette opulence en tissu lymphoïde, au point que Sahli de Berne a pu sans exagération qualifier l'appendice d'amygdale de l'intestin.

Simonin voit dans cette constitution la cause des inflammations de l'appendice. « Ganglion tubulé, dit-il, plongé dans le tissu cellulaire, irrigué par des vaisseaux sanguins, abordé par de nombreux lymphatiques, en rapport d'un côté avec une muqueuse souvent irritée, de l'autre avec une séreuse éminemment inflammable, l'appendice est fatalement condamné à être le siège de congestions fréquentes, d'inflammations aiguës ou chroniques, tantôt plastiques et sclérosantes, tantôt ulcéreuses, suppuratives ou nécrosantes suivant les fluctuations de la lutte des formations lymphatiques et de leur substratum contre les germes et leurs toxines.

C'est donc dans cette « malformation lymphoïde par hyperplasie », suivant le mot de M. Letulle, que nous voyons la cause des réactions de l'appendice contre les maladies infectieuses et la rougeole.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'APPENDICITE RUBÉOLIQUE

Les auteurs qui se sont occupés des lésions de l'appendice au cours des maladies infectieuses en ont fait unanimement de la folliculite et de la périfolliculite. La rougeole nous paraît produire sensiblement les mêmes lésions. M. Simon, à propos des examens par lui pratiqués dans la diphtérie, déclarait « n'avoir trouvé d'aspect comparable que dans une rougeole compliquée de broncho-pneumonie chez un enfant en bas âge ».

Nous-même, nous reportant à nos observations, pouvons y relever les faits suivants:

Examen microscopique : l'appendice se montre tuméfié, congestionné, violacé. A la coupe longitudinale on trouve la cavité soit libre, soit contenant des concrétions fécales (observ. I, III). La muqueuse, tuméfiée, est d'une couleur rouge foncée ; la lumière du canal, rétrécie du fait de la tuméfaction de la muqueuse, peut être libre dans le cas de folliculite simple ou oblitérée par une matière muco-purulente lorsque les lésions sont

plus avancées et les follicules lymphoïdes en voie d'abcédation (observ. I).

Lésions péri-appendiculaires : la séreuse présente des masses fibrineuses adhérentes qui constituent des petites zones jaunâtres irrégulières ; le mésentère est injecté, le péritoine épaissi. On peut avoir de la péritonite enkystée ou généralisée ; le liquide est séro-purulent ou hémorragique.

L'examen microscopique prouve que la lésion caractéristique est due à une hypertrophie du tissu lymphoïde. Les follicules clos sont tuméfiés, encapsulés par une accumulation de cellules inflammatoires qui augmentent énormément leur volume apparent. Les travées de leur reticulum sont infiltrées de globules blancs. Les sinus péri-folliculaires devenus plus apparents sont bourrés de leucocytes polynucléaires : telles sont les lésions de l'appendice frappé au cours d'une rougeole ; nous n'y relevons rien qui nous paraisse spécifique.

ÉTUDE CLINIQUE

Symptômes, Pronostic, Traitement.

Nous n'insisterons pas sur les signes de l'appendicite dans la rougeole : cela serait rééditer les symptômes trop connus de ces deux affections, car leur association ne modifie en rien le tableau clinique de chacune d'elle et se borne à ajouter aux traits de l'une les caractères de l'autre. Suivant la période de la rougeole, dans laquelle apparaît l'appendicite, la superposition des symptômes sera plus ou moins complète.

Survient-elle (cette appendicite) pendant la période de l'incubation, quand rien encore ne fait prévoir la fièvre éruptive? Seule l'appendicite occupe toute la scène et la rougeole vient s'installer au milieu des phénomènes abdominaux (observ. I, VIII, IX).

Survient-elle à une époque plus reculée, celle de l'éruption? (observ. V). Nous constatons en même temps que du catharre oculo-nasal, et d'autres symptômes typiques de la rougeole, les signes cardinaux de l'appendicite: douleur abdominale à localisation spécifique; défense musculaire et vomissements.

Sur douze cas on a pu constater six fois la présence d'un empâtement dans la fosse iliaque.

Le vomissement n'a jamais fait défaut.

Un fait surtout mérite d'être mis en relief, c'est la haute température (40° et au-dessus) qu'on observe dans ces cas. Cette fièvre intense est de nature à embarrasser et inquiéter le médecin en raison de l'appendicite constatée. Elle pourra le porter à juger celle-ci plus sévèrement et à lui attribuer un rôle dans cette hyperthermie. Le professeur Bickel, de Berlin, fait justement remarquer que du fait de la rougeole la température ne sera plus le guide fidèle auquel on peut se fier pour apprécier la forme de l'appendicite. Nos observations nous permettent de croire que l'appendicite n'est pour rien dans cette grande fièvre, causée par la rougeole, une maladie des plus hypertermisantes. Nos observations V et VIII nous montrent que dès que l'éruption morbileuse était bien sortie, la baisse de la température se faisait d'une façon remarquable. En somme l'as-

sociation de la rougeole et de l'appendicite n'apportera guère de troubles que dans le symptôme « *température* ».

Dans huit de nos observations nous avons vu l'appendicite survenir au déclin ou à la suite de la rougeole, parfois même elle est survenue à une échéance plus éloignée. La crise a revêtu différents degrés de gravité et d'acuité.

APPENDICITE LARVÉE : Les observations d'après lesquelles nous avons esquissé ce tableau clinique, concernent les appendicites aiguës évidentes. Les choses se passent-elles toujours de cette manière, les appendicites se manifestent-elles toujours d'une façon si évidente que leur diagnostic s'impose ? N'existe-t-il pas, en un mot, des appendicites rubéoliques latentes, sans manifestations spontanées et dont le signe est la douleur¹ au point de Mac-Burnay, provoquée par la palpation.

Nous voudrions pouvoir répondre d'une façon absolue, mais malheureusement les faits nous font défaut.

Nous devons nous contenter d'une hypothèse. L'existence d'une appendicite rubéolique latente nous paraît très vraisemblable par analogie avec les appendicites latentes dans les autres maladies infectieuses.

Simonin avait trouvé cette forme de l'appendicite, qu'il qualifia d'« appendicite catharrale latente », maintes fois dans la scarlatine, l'érysipèle, l'angine, les oreillons. Nous ne saurions mieux faire à ce propos que de le citer lui-même : « Les manifestations appendiculaires de cette nature, dit-il, sont le plus souvent latentes,

presque silencieuses, et nécessitent pour être décelées un examen des plus minutieux. »

D'autre part les faits sont connus où les lésions avancées de l'appendice ont été une trouvaille d'autopsie et ne se sont nullement manifestées cliniquement. M. le Dr Comby s'exprime ainsi à propos de l'appendicite chronique latente : « L'appendice peut être malade depuis longtemps, gonflé, congestionné, induré, oblitéré, lésé profondément dans sa couche lymphoïde sans donner lieu à des symptômes locaux suffisants pour le diagnostiquer. Le chiffre des appendicites chroniques reconnues est très inférieur à celui des appendicites chroniques existantes. Pour découvrir une appendicite chronique il faut la poursuivre de recherches attentives, répétées, acharnées. »

Si les autres maladies infectieuses peuvent causer une appendicite latente pourquoi la rougeole, qui peut, elle aussi, se localiser sur l'appendice et créer une appendicite aiguë évidente (nos observations en font preuve), pourquoi, nous demandons-nous, ne pourrait-elle causer une appendicite chronique latente ?

Nous savons bien que le tissu lymphoïde est moins atteint dans la rougeole que dans les autres maladies infectieuses, scarlatine, par exemple. Toutefois les angines, les amygdalites (observ. I), l'engorgement des ganglions du cou ont été maintes fois signalés par divers auteurs. Si donc l'appendicite n'a pas été trouvée au cours de la rougeole c'est qu'on ne l'a pas cherchée.

Nous-même ayant examiné un certain nombre d'enfants, avons provoqué par une pression profonde une

douleur nettement localisée au point de Mac-Burnay chez un enfant qui ne présentait pas de douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite.

Est-ce là un fait dû au hasard ? Nous ne le pensons pas. Nous croyons que la rougeole peut causer une appendicite larvée, et il y aura intérêt à la rechercher par un examen minutieux, ne fût-ce qu'au point de vue du traitement, car c'est sa découverte, quand elle est encore latente, qui permettra peut-être de la juguler par avance, ou tout au moins de ne pas provoquer son développement plus considérable en administrant inconsidérément des purgatifs salins, enfin d'instituer par la suite une surveillance attentive des fonctions intestinales.

PRONOSTIC

L'appendicite, du simple fait de son association avec la rougeole, n'est nullement aggravée. Le pronostic de l'appendicite rubéolique sera avant tout le pronostic de la forme clinique de l'appendicite. Très souvent l'appendicite est d'une forme légère, essentiellement bénigne. La résolution de la fluxion appendiculaire se fait très rapidement. Les symptômes inquiétants, dramatiques la veille, se dissipent le lendemain. Aussi avons-nous entendu M. le professeur Hutinel dire dans sa leçon clinique qu'il se montre rassuré dans les cas d'appendicite rubéolique, sachant que lorsque l'irruption morbileuse est complète, tout rentre habituellement dans l'ordre.

Toutefois, nos observations nous montrent que ce n'est pas toujours de cette façon heureuse que les choses se passent. Dans les observations I, IX, XI, XII on a dû intervenir chirurgicalement, et la malade de l'observation IX n'a pas été sauvée même par l'opération.

C'est que dans tous ces cas la crise a été d'autant plus grave qu'elle survint sur un terrain déjà préparé, tous ces malades ayant dans leurs antécédents soit une crise appendiculaire nette, soit des troubles gastro-intestinaux.

En résumé, le pronostic est généralement bénin, mais on doit faire des réserves chez les malades présentant l'appendice antérieurement taré.

TRAITEMENT

L'appendicite ne modifie pas le traitement des rougeoles bénignes.

Les formes malignes nécessitent l'application des bains froids. Mais la constatation d'une appendicite aiguë ou même latente est une contre-indication formelle à ce mode de traitement. Le bain, avec les mouvements qu'il entraîne de la part du patient, quelque douceur que mette l'entourage à l'appliquer, est dangereux et peut provoquer les plus vives douleurs. Aux bains il faut substituer l'application de glace sur l'abdomen. Deux résultats du même coup seront atteints : d'abord une action curative ou préventive sur l'appendice malade, en second lieu une baisse rapide et notable

de la température. Le plus souvent cette médication avec repos complet, diète absolue (injection de morphine ou opium à l'intérieur dans le cas de douleurs très vives) suffira à amener une résolution définitive. C'est pour cela que M. le professeur Hutinel se déclarait partisan convaincu de l'expectation armée.

Dans les cas cependant où l'urgence sera évidente on ne devra pas considérer la rougeole comme une contre-indication opératoire et nos observations I, III, VIII, en sont des preuves irréfutables.

OBSERVATIONS

Observation I

D^r WILLIAMS (*Boston medic. Journ.*, 27 juin 1901).

M. P..., âgé de 12 ans, tombe malade le 31 mars ; c'est un débile ; il a déjà présenté des troubles gastro-intestinaux. A l'heure actuelle il présente des nausées et du malaise général. Température : 100° (37°8).

1^{er} avril. — La gorge est douloureuse. Température : 102°. Un vomissement.

2 avril. — État stationnaire.

3 avril. — Le malaise s'accroît. Température : 103°4. Deux vomissements, douleur adominale ; toux, larmolement, photophobie. A l'inspection : conjonctives injectées, muqueuse buccale rouge, tuméfiée, remarquable congestion des gencives, amygdale droite rouge, enflammée et adhérente à la luette. Pas de signe de Koplick. L'examen de l'abdomen révèle dans différents endroits une douleur fugace et mal localisée.

4 avril. — Éruption de rougeole sur la face et autour des oreilles, éruption confluente, conjonctivite plus marquée. Toux légère.

5 avril. — L'éruption s'est propagée au cou et au tronc. Température : 104°4. Le matin le malade se plaint du côté droit; cette douleur s'accroît fortement. Quand je l'ai vu, à 10 heures du matin, elle était localisée exactement en un point situé en haut du ligament de Poupart. Elle augmentait à la moindre pression et le malade en indiquait l'endroit avec le doigt. Pas de matité, pas d'induration.

Diagnostic. — Appendicite aiguë. Le Dr Cabot fut appelé et on lui confia le malade. On pensa qu'il serait prudent que le Dr J.-U. Collow lui donnât des soins personnellement vu son expérience en matière de rougeole, l'association de ladite maladie avec une appendicite chez un garçon de constitution délicate faisant craindre une certaine gravité. Le Dr Cabot en considérant la rapidité probable du processus se résolut à une opération immédiate. J'approuvai, ainsi que M. Collow, cette décision. L'opération fut faite deux heures après par le Dr Cabot.

6 avril. — Température : 99°; elle se maintient les jours suivants. La convalescence fut satisfaisante.

Tout cela prouve que la rougeole n'est pas une contre-indication opératoire.

Examen macroscopique. — Longueur 4 cent. 5; diamètre 6-8 millimètres. Un peu tuméfié dans ses deux tiers moyens. Enveloppe séreuse injectée surtout vers l'extrémité; on voit quelques petites masses fibrineuses adhérentes qui forment de petites zones jaunâtres irrégulières. Mésentère injecté.

Après ouverture. — Petite concrétion de matière fécale de la dimension d'une petite fève. Muqueuse tuméfiée, lumière étroite, oblitérée par une matière purulente crémeuse et adhérente. En arrière, élargissement considérable de la lumière que la concrétion moule exactement. La muqueuse ici est rouge, foncée,

verdâtre. Début de gangrène évident. Au delà de cet élargissement la muqueuse est sèche. Il y a cependant un peu de sécrétion muco-purulente.

Examen microscopique. — L'examen des coupes longitudinales montre un processus exsudatif intense surtout marqué à la surface intérieure de l'appendice. La muqueuse est bien conservée, infiltrée par places d'un nombre considérable de leucocytes polynucléaires.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Observation II

HEINRICH GANZ (*Prager. Med. Wochenschr.*, 1899).

Le 18 juillet 1897, je fus appelé par une famille auprès d'une fillette âgée de 11 ans, chez laquelle je constate une rougeole au stade d'éruption. Cette éruption occupait la face, le cou et la poitrine. Les signes qui habituellement accompagnent la rougeole étaient peu marqués.

Le même jour la fillette présenta les symptômes d'une péritonite au début : douleur abdominale, vomissements, constipation. Le ventre était ballonné et la moindre palpation provoquait des douleurs très nettes dans la fosse iliaque droite. Ces symptômes s'atténuèrent bientôt et disparurent. En même temps apparaissait une diarrhée profuse. Peu de temps après se déclarait une parotidite gauche, suivie de l'apparition de taches scarlatiniformes d'une teinte bleu rougeâtre, localisées à la face d'extension des membres supérieurs et des membres inférieurs. Le 10 août la fillette mourait en état de cachexie. A mon avis cette complication était de nature septique, mais il n'est pas démontré

que cette péritonite n'était pas elle-même consécutive à une pérityphlite intercurrente, d'autant que nous étions à la saison des cerises (*appendicite saisonnière*).

Observations III et IV

D^r MENGUS (de la Ménitré) (1).

I. — Le 11 janvier 1905, on nous appela auprès de la jeune X..., âgée de 12 ans, atteinte de la rougeole, mais qui se plaignait de coliques et de vomissements.

Le point de Mac-Burnay, très sensible, nous fit penser aussitôt à une appendicite et, malgré la rougeole, nous ordonnâmes des applications de glace *loco dolenti* et la diète absolue.

Le lendemain, notre confrère, le D^r Tardif, de Longué, vint voir la jeune malade avec nous et confirmer notre diagnostic. On chercha à décider les parents à une opération, que nous jugions dès lors indispensable.

La nuit suivante fut très calme; les parents, qui n'avaient jamais osé contrarier la petite malade, qui ne voulait pas supporter la vessie de glace, avaient remplacé cette dernière par des cataplasmes, et ils se félicitaient du résultat que nous ne trouvâmes encore pas merveilleux, vu l'état d'empâtement de la région malade et l'état de prostration de l'enfant.

Le soir, tous les symptômes d'une péritonite aiguë ne laissèrent plus guère d'espoir de guérison et les parents demandèrent eux-mêmes l'opération refusée jusque-là.

Le lendemain M. le D^r Brin, choisi par la famille, put entre-

prendre l'opération vers une heure du soir, ce qu'il ne fit qu'avec beaucoup d'hésitation, le cas lui paraissant absolument désespéré. L'appendice gangrené fut enlevé : il renfermait un corps étranger, un coprolite. Il sortit beaucoup de liquide louche et purulent. Il n'y avait pas d'adhérences. La péritonite gangreneuse paraissait généralisée. On laissa trois tubes dans la plaie dont un plongeait dans le petit bassin. L'enfant guérit, bien que très difficilement, au bout de deux mois.

II. — Comme coïncidence, le même jour du 11 janvier, nous fûmes appelé à donner nos soins à un petit garçon, lui aussi atteint d'appendicite à la suite de la rougeole. Celui-ci, malgré ses protestations, dut subir l'application de la vessie de glace, et il guérit après trois semaines d'un traitement sévère.

Observation V

Pr BICKEL (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 22 juillet 1907).

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 22 ans qui au cours d'un voyage, passant par Berlin, y tomba malade. Dans ses antécédents personnels on relève un ulcère de l'estomac et un catarrhe du sommet du poumon droit.

Au premier examen du malade, que j'effectue tard dans la soirée, je constate que la température est de 38°5 et le pouls marque 96 pulsations à la minute. Il y a un coryza intense, une conjonctivite, de la photophobie. Le pharynx est très rouge ; la bronchite diffuse ; le malade tousse. Au surplus on relève une résistance au doigt dans la fosse sous-claviculaire droite.

L'éruption de rougeole est typique à la face. Ses caractères sont moins nets sur le tronc et les membres. L'examen des uri-

nes décèle des traces d'albumine. L'abdomen est mou, nullement douloureux. Dernière selle datant de la veille. Le lendemain de mon premier examen, le malade ressent une brusque et vive douleur abdominale et vomit plusieurs fois dans la matinée et dans l'après-midi : l'intolérance gastrique est totale même pour les liquides. A la palpation le point de Mac-Burnay est extrêmement douloureux ; le malade ressent une douleur moins vive à l'épigastre et du côté gauche de l'abdomen. La température atteint le soir 40°3. Le pouls bat à 100 pulsations ; mais reste fort et régulier. Le diagnostic de l'appendicite fut posé et l'interrogatoire le confirma en m'apprenant que deux mois auparavant je soignais ce même malade pour une légère crise d'appendicite. Cette crise fut la deuxième, la première lui étant survenue avant la déclaration de la guerre russo-japonaise à laquelle il a pris part sans être nullement incommodé du fait de son appendicite. Le chirurgien, M. le professeur Rotter, confirma le diagnostic d'une appendicite grave. Le malade étant en pleine éruption rubéolique, la température très élevée (40°2) et l'état du pouls n'indiquant pas une participation du péritoine dans l'affection, nous résolûmes de temporiser avec l'intervention, malgré que la crise ne soit apparue que depuis quelques heures à peine et que par sa gravité elle plaidât en faveur d'une précoce intervention. Nous prescrivîmes un traitement médical (petit lavement à l'huile d'olive de 100-150 centimètres cubes ; injection d'une solution faible de morphine ; glaces sur l'abdomen).

Et à la suite de ce traitement, les vomissements et les douleurs disparurent. Vingt-quatre heures après la température tombait d'une façon remarquable, et le malade entra en convalescence.

Observation VI (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur HUTINEL, à
l'hôpital des Enfants-Malades.

L'enfant Eugène M..., âgé de 5 ans, entre le 31 janvier dans les salles de la rougeole.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, bien portante. Père mort il y a cinq mois de tuberculose. Un frère de 16 mois est bien portant.

Lui-même est né à terme ; il a pris le sein jusqu'à 14 mois. C'est sa première maladie.

31 janvier: — Après huit jours de malaises on relève une éruption de rougeole très nette.

3 février. — Auscultation : gros râles de bronchite disséminés, toux rauque ; l'enfant se plaint de la gorge. Ensemencement : pas de diphtérie.

4 février. — Gros râles dans les parties moyenne et inférieure des deux poumons.

5 février. — Douleurs assez vives dans le ventre, survenues brusquement pendant la nuit. L'enfant vomit deux fois pendant la nuit et une autre fois le matin. Le ventre se prête mal à la palpation. La paroi résiste surtout dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque droite. Mais la douleur y est assez diffuse.

6 février. — Deux vomissements. Le ventre toujours douloureux l'est moins que la veille. L'enfant résiste moins à la palpation qui révèle une certaine résistance dans la fosse iliaque droite.

La douleur se précise en un point proche de l'ombilic à droite sensiblement le point de Mac-Burney.

7, 8, 9, 10, 11, 12 février. — La douleur va s'atténuant mais les vomissements persistent. La fosse iliaque droite résiste, toujours un peu.

Les jours suivants tout s'atténue. On nourrit l'enfant avec des purées.

Observation VII (*inédite*).

Recueillie dans le service de M. le professeur HUTINEL,
à l'hôpital des Enfants-Malades.

Enfant Jeanne B..., 7 ans; date de l'entrée dans la salle de la rougeole; 19 janvier 1908.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants; deux frères, dont un au sein est bien portant et dont l'autre entre en même temps qu'elle pour une rougeole.

Elle-même est née à terme; a été nourrie au sein d'une nourrice à la campagne; a fait sa première dent à 5 mois et ses premiers pas à 18 mois. Elle a eu étant en nourrice de fréquents vomissements et de la diarrhée.

Il y a dix jours qu'elle tousse. Depuis huit jours son ventre est douloureux. Elle a vomi dans la nuit qui précède son entrée. Pas d'éruptions mais du coryza et de la conjonctivite. La toux est rauque et fréquente. La gorge est rouge. Signe de Koplick à gauche. A la palpation abdomen très sensible, langue saburrale. Pas d'albuminurie.

20 janvier. — Deux vomissements. Abdomen très sensible au pourtour de l'ombilic. Fosses iliaques indemnes.

21 janvier. — Pression douloureuse à droite. Puis à gauche l'appendice roule sous le doigt; il n'est pas douloureux.

Les selles sont normales ; la rougeole est très marquée aux cuisses et aux jambes. Elle commence à s'atténuer à la face et au tronc.

A l'auscultation rien d'anormal.

22 janvier et jours suivants. — La rougeole suit son cours, tout rentre dans l'ordre.

Observation VIII

M. le professeur HUTINEL (Leçon clinique, *Journal des praticiens*,
25 avril 1908).

J'ai vu, l'année dernière, une jeune fille de 15 ans d'origine sud-américaine, qui à plusieurs reprises s'était plainte de crises douloureuses localisées à la fosse iliaque droite. Elle avait été prise de fièvre et depuis quatre jours sa température oscillait aux environs de 39°. Tout à coup surviennent des vomissements, des douleurs abdominales, bientôt localisées au point de Mac-Burney ; la fosse iliaque droite s'empâte, devient mate à la percussion, le ventre se ballonne, le facies se grippe. Le médecin de la famille constatant que la température atteint 40°, que le pouls est petit et fréquent, demande en consultation un médecin des hôpitaux qui, après examen attentif de la malade, engage les parents à la faire opérer d'urgence. Mais voici que, sur le cou, la face, le voile du palais, apparaît un pointillé rouge ; ce pointillé s'étend, gagne le tronc, les membres, et, lorsque je suis appelé le lendemain, la rougeole est complètement sortie.

Bien que les symptômes locaux se fussent encore aggravés,

je me montrai rassurant, sachant que, lorsque l'éruption morbillieuse est complète, tout rentre habituellement dans l'ordre. De fait, le soir la température n'était plus que 38°4, l'état général était meilleur, et tout semblait présager une guérison prochaine lorsqu'au bout de quelques jours la fièvre reparut : il s'était formé dans la fosse iliaque droite une collection suppurée que l'on dut évacuer, et la malade se rétablit rapidement.

Observation IX

Dr A. AUDBERT, de Loches (*Gaz. méd. du Centre*, Tours, 1908).

Nous avons eu l'occasion de voir récemment dans notre clientèle un cas de rougeole particulièrement grave, puisqu'elle s'est terminée par la mort, et qui nous a semblé mériter une note spéciale. Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans 1/2, M^{lle} R..., institutrice. La malade qui fait objet de cette observation avait comme antécédents des bronchites emphysémateuses et une crise appendiculaire constatée en notre absence par notre confrère Marnay, de Loches, le 15 mars, et traitée avec un rapide succès par la thérapeutique classique.

Donc le 30 juillet dernier M^{lle} R... se plaignait de céphalalgie, oppression légère, vomissements, douleur nette au point de Mac-Burnay avec réflexe de défense, douleur qui dormit plusieurs jours, inavouée par cette malade peu pusillanime; pouls un peu rapide; température autour de 38°5; constipation habituelle; pas d'empatement dans la fosse iliaque droite.

Le lendemain, après une nuit agitée, température élevée, pouls plus rapide, mais changement surtout des phénomènes algiques. Le point paroxystique douloureux était plutôt dans la fosse ilia-

que gauche et le ventre tout entier était légèrement douloureux; vomissements biliaires répétés.

Comme traitement opium et glace qui amène rapidement, presque instantanément, un soulagement et un amendement des phénomènes péritonéaux.

Nous venions de faire licencier l'école de cette institutrice, envahie par la rougeole et la scarlatine, et l'idée nous vint de faire un examen de la gorge, qui était d'ailleurs légèrement douloureuse; nous pûmes faire alors le diagnostic précoce d'une fièvre éruptive, qui, vu la forme des pétéchies du voile, l'érythème du bout et des bords de la langue, l'absence de troubles du côté des muqueuses oculaire et conjonctivale, nous incitait à pencher pour la scarlatine. Le soir même un exanthème très diffus apparaissait sans netteté topographique sur différentes parties du corps. Les urines contenaient de l'albumine.

Le lendemain 1^{er} août disparition de tout cela, ce qui nous fit penser à une erreur de diagnostic possible et pouvant en imposer pour une de ces dermatoses totémique, dues à des résorptions intestinales chez une surmenée; mais le soir cette rougeole si hésitante levait en plein, très confluyente, et c'est alors que notre confrère et ami le Dr Bosc, de Tours, la vit avec nous quinze heures environ après notre visite du matin, c'est-à-dire en pleine nuit. A ce moment les symptômes péritonéaux étaient suffisamment éteints pour que la malade et son entourage se soient crus autorisés à supprimer la vessie de glace. Le ventre était plus souple et tout semblait vouloir rentrer dans l'ordre avec une température de 37°5.

Du 1^{er} au 10 août notre malade resta avec des rémissions rassurantes, semblant terminer à peu près normalement sa rou-

geole, pourtant accompagnée d'un état de surexcitation nocturne et d'une pyrexie sérieuse.

Le 10 août au matin, M^{lle} R... se plaignit en voulant aller à la selle d'une sensation de gros corps étranger, descendant et remontant dans l'ampoule rectale. Je me décidai à pratiquer le toucher rectal, et je découvris ce qui me hantait, l'abcès du ventre. Le soir même un chirurgien de Tours confirma le diagnostic et me conseilla l'ouverture *per rectum* pour le lendemain. La malade passa, paraît-il, une nuit affreuse, et dès le matin je fis une ouverture sous chloroforme. Mais l'abcès qui, la veille, bombait nettement derrière le corps de l'utérus, dans le Douglas, n'existait plus; la rapidité de la diffusion nous avait surpris. La laparotomie faite quelques heures plus tard permit d'évacuer une certaine quantité de sérosité louche, mais ne put sauver la malade qui mourut dans la nuit du 12 au 13 de toxémie, les conjonctives étaient jaunes, le pouls étant resté pendant quarante-huit heures entre 160 et 180.

Observation X (inédite).

Communiquée par M. le Dr COMBY.

M. le Dr Comby fut appelé un jour au Palace-Hôtel par une famille hollandaise de Rotterdam. Il s'agissait d'une fillette de 10 ans qui venait de faire une rougeole. Cette maladie avait évolué normalement et l'on ne retrouvait guère que quelques macules disséminées sur le tronc et les membres quand, brusquement, la fillette fut prise de vives douleurs abdominales accompagnées de vomissements. Devant ces phénomènes inquiétants le médecin de la famille appela M. le Dr Comby, qui décou-

vrir un empâtement très net dans la fosse iliaque droite. Et M. le Dr Brun, alors chirurgien des Enfants-Malades, partagea entièrement sa conviction qu'il s'agissait là d'une appendicite à la suite de la rougeole. Ils appliquèrent le traitement médical, se réservant d'intervenir quand l'appendicite serait refroidie. Ce fait survint trois semaines plus tard. Mais la famille, peu partisane d'une intervention, retourna dans son pays avec l'enfant.

Observation XI (*inédite*).

Due à l'obligation du Dr VEAU, professeur agrégé
à la Faculté de Paris.

Gaston B..., âgé de 6 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 12 février 1899.

Antécédents héréditaires. — On ne note rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il y a un an l'enfant, qui jamais avant ne présenta de troubles gastro-intestinaux, souffrit du ventre à la suite de la rougeole. Il eut alors plusieurs vomissements. Les douleurs et les vomissements durèrent quelques jours. Le médecin qui le vit alors aurait diagnostiqué une « inflammation intestinale ».

Depuis huit jours l'enfant souffre du ventre, il va bien à la selle, n'a pas de vomissements, mais un peu de nausée le matin et un peu de fièvre ; devant cet état persistant on l'amène à l'hôpital où il entre d'abord (le 10 février) dans un service de médecine.

Là on constate un peu de ballonnement du ventre, de la douleur, mais pas d'empâtement dans la fosse iliaque droite.

Température : 38°5. On met l'enfant à la diète, on lui donne de l'opium à l'intérieur et on applique une vessie de glace sur le ventre.

Le lendemain, la température baisse à 37° le matin, à 36°7 le soir ; le pouls est bon, bien frappé, régulier à 80.

12 février. — La température s'est élevée à 37°7, le facies, assez coloré sur les joues, est d'une teinte pâle, cireuse autour du nez. Cependant les yeux ne sont pas excavés et le facies n'est pas grippé. Le pouls petit, misérable et très rapide (120) en dissociation avec la température ; la paroi, très tendue, se défend partout contre la palpation, mais surtout à droite où elle est absolument rigide et où la pression est très douloureuse. L'enfant urine, mais peu abondamment, il n'a pas de selles et de très rares gaz. On le passe dans le service de chirurgie.

Le soir du 12 la température est tombée à 37°, le pouls au contraire reste petit et il est encore plus rapide que le matin (136). Les phénomènes abdominaux restent les mêmes ; on décide une intervention. On découvre une collection de pus assez bien lié, mais infect, d'odeur gangréneuse bien caractéristique. Le doigt pénètre dans une vaste collection péritonéale bien enkystée se prolongeant surtout sur la région médiane. On ne distingue pas l'appendice. On fait un large drainage ; pansement stérilisé ; injection de 120 centimètres cubes de sérum artificiel. Le lendemain, l'enfant, dont le pouls est resté petit, entièrement rapide, meurt dans la soirée.

Observation XII (inédite).

Recueillie dans le service de M. MARFAN
à l'hôpital des Enfants-Malades.

L'enfant Philippe R..., est actuellement âgé de 8 ans 1/2. Il entre à la salle de la rougeole le 17 février 1909.

Ses parents sont bien portants. Il a un frère en bonne santé. Lui-même est né avant terme à 7 mois. Il a une double hernie congénitale à laquelle la mère attribue une foule de phénomènes. A l'âge de 2 ans il a pris la variole. Dès cette époque des symptômes entéritiques ont éclaté, traduits par une diarrhée intense avec douleur abdominale. Cet état persiste pendant six mois. Un séjour de six semaines à la campagne suffit pour amender ces symptômes. L'enfant rentre à Paris. Il est constipé, quelques douleurs se font sentir dans l'abdomen, mais il ne vomit pas. De temps en temps, après une crise de coliques, les selles deviennent glaireuses.

Vers le 2 février dernier, sans diarrhée ni fièvre, sans vomissements, apparaissent des douleurs assez violentes siégeant autour de l'ombilic. Cela dure cinq jours, après lesquels on appelle un médecin.

A ce moment on diagnostique une rougeole au début qui suit son cours. Après des alternatives de douleurs et d'accalmie qui durent du 12 au 14 février, la constipation apparaît; on administre du sulfate de soude et sur l'abdomen on applique des cataplasmes.

Le 14 février l'hésitation n'est plus permise. On se trouve en présence d'une crise d'appendicite. On prescrit la diète hydrique et sur le ventre on applique de la glace.

Le mardi 16 au soir l'enfant a un vomissement alimentaire puis dans la nuit dix vomissements porracés (au dire de la mère); effrayés les parents amènent l'enfant à l'hôpital le mercredi 17 à midi, à son entrée on constate les faits suivants : douleur abdominale surtout dans la fosse iliaque droite. Facies péritonéal, langue sèche. Température: 38°5; pouls: 140. Intervention d'urgence à 2 heures de l'après-midi. Incision ordinaire. Il s'en échappe une grande quantité de pus, mal lié, grumeleux, hémorragique, d'odeur infecte. L'appendice est enflammé, très congestionné, violacé.

Au microscope on constate que les glandes de Liberkuhn sont atrophiées, le chorion chargé de leucocytes polynucléaires. Les follicules clos sont tuméfiés et leurs travées sont infiltrées par les nombreux globules blancs. Les sinus lymphoïdes péri-folliculaires augmentés de volume sont bourrés de leucocytes. Des cellules inflammatoires encapsulent les follicules lymphoïdes et augmentent énormément leur volume apparent.

Diagnostic. — Appendicite folliculaire.

Cas XIII

M. le Dr Moscou a encore constaté un cas chirurgical d'appendicite au cours d'une rougeole. Nous ne pouvons que citer ce fait, l'observation devant être éventuellement publiée par M. Moscou lui-même.

CONCLUSIONS

I. — La rougeole, comme les autres maladies infectieuses, peut déterminer une réaction de l'appendice.

II. — Cette réaction peut s'exercer :

a) Contre des microbes renfermés normalement dans sa cavité et soumis à une exaltation de virulence par le fait de la rougeole ;

b) Contre des microbes et des toxines spécifiques d'une infection générale qui lui sont apportés par la voie sanguine et par la voie lymphatique.

III. — C'est à sa constitution lymphoïde que l'appendice doit ses lésions au cours de la rougeole en vertu de l'affinité des microbes et des poisons infectieux pour le tissu adénoïdien.

IV. — Les lésions anatomo-pathologiques se caractérisent surtout : au point de vue macroscopique par de la congestion intense ; et au point de vue microscopique par de la folliculite et de la péri-folliculite. L'appendice réagit comme l'amygdale.

V. — Les appendicites évidentes peuvent survenir à

toutes les périodes de la rougeole, elles peuvent en découler à plus ou moins longue échéance.

VI. — Il est possible que des appendicites larvées accompagnent la rougeole et de même qu'il est de règle au cours de cette maladie d'examiner le pharynx, l'examen systématique et minutieux de l'abdomen s'impose.

VII. — L'appendicite rubéolique est généralement bénigne et ne crée pas habituellement une aggravation du pronostic. Cependant parfois elle présente une sévérité réelle et dans ce cas des réserves pronostiques s'imposent.

VIII. — De même que dans la majorité des cas d'appendicite, on se trouvera bien de temporiser, à plus forte raison en matière d'appendicite rubéolique on ne devra intervenir à chaud que quand l'urgence sera évidente. Souvent tout rentrera dans l'ordre et l'appendicite se refroidira à la suite d'un traitement purement médical.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ADRIAN. — Die Appendicitis als Folge einer Allgemeiner Krankheit Klin. und. Etperem. Leipzig, 1901, v. VII.
- APOLAND. — Ueber das Gleichzeitige Vorkommen von Angina und Perityphlitis. *Therap. Monatschrift*, 1897.
- AUDBERT. — La rougeole chez l'appendiciteux. *Gaz. méd. du Centre*, Tours, 1908, p. 147.
- BARDON. — Quelques mots sur le rôle étiologique des mal. infect. dans l'appendicite. *Th. Paris*, 1903-1904.
- BICKEL. — Masern und Appendicitis. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1907, 22 juillet, p. 939.
- M^{me} DE BIEHLER. — Angine et appendicite. *Arch. de méd. des enf.*, 1905.
- BRAZIL. — Two cases of append. associated with rheumatism. *Brit. M. J. Lond.*, 1895.
- BEAUSSENAT. — Append. experim. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 5 février 1897.
- BOROWSKY. — Etiol. et traitem. de l'appendicite. *Journ. de méd. russe*, 1897.
- BORD. — Des réactions appendic. au cours de la syphilis secondaire. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 16 nov. 1907.
- CHAMBARD. — Contrib. à l'étude de l'étiol. et de la pathog. de l'appendicite. *Thèse Lyon*, 1898-1899.

- CHARRIN. — Reprod. exper. d'appendicite par injection d'un stripto-bac. dans le sang. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1897, 31 juillet.
- CHARPENTIER. — Appendicite pendant la grippe. *Bul. méd.*, Paris, 1901.
- CORBELLINI. — El bacilo de Pfeifer en la appendicitis. *Revista de la sociedad medica Argentina*, 1902, n. 5-7.
- CHAUVEL. — De l'appendicite dans l'armée pendant les dernières années. *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1903, 3 nov.
- COMBY. — Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1907, 2^e édit.
- DELACOUR. — Le syndrome adénoïdien. *Th. Paris*, 1904.
- DÉLION. — Appendicite et diathèse d'auto-infection. *Th. Paris*, 1903-1904.
- FAISANS. — La véritable cause de l'appendicite. *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 mars 1899.
- FERRIER. — Appendicite pneumococcique. *Bull. et mém. Soc. med. des hôp. Paris*, 1902.
- FLORAND. — Sur la nature et le traitement de l'appendicite. *Sem. méd.*, 1899.
- A propos de l'appendicite. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 17 mars 1899.
- FRAZER. — Rheumatic. appendic. *Brit. M. J. Lond.*, 1895.
- FRANKE. — Ueber einige chirurgisch-Wichtige Komplikationen und Nachkrankheiten der Influenza Mitteilungen aus den grenzgebi etender in Medicin und Chirurgie, 1900.
- GAUCHER. — *Presse médicale*, 20 avril 1904.
- *Gazette des Hôpitaux*, 9 nov. 1905.
- *Annales des mal. vénériennes*, 1907, n° 9, p. 656.
- GAGNIÈRE. — Grippe et appendicite. *Gaz des Hôp.*, Paris, 1899, p. 1181-84.
- GANZ. — Mittheilung ueber einige selteue Complication bei Masern. *Prag. med. Wochenschr.*, 1899, p. 335.
- GILBERT ET LIPMANN. — Le microbisme normal de l'appendice. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, Paris, 1906.
- GOLOUBOW. — Appendicite comme infection microbienne épid. Ejened. Saint-Petersb., 1896.
- M^{llo} GORDON. — L'appendicite chez l'enfant. *Th. Paris*, 1895-97.

- GOUGET. — Appendicite folliculaire par pyohémie expér., 8 juillet 1899. *Soc. biol.*
- HAYÉM. — Appendicite grippale. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp.*, Paris, 19 mars 1897.
- HUTINEL. — Appendicite et pseudo-appendicite dans certaines maladies infectieuses. *Journ. des prat.*, 29 avril 1908.
- JALAGUIER. — *Bul. méd.*, 1885, juin, août.
- Traité de chirurgie, 2^e édit., art. : *appendicite*.
- JOSUÉ. — Appendicite expér. par injection sanguine. *Soc de biol.*, 13 mars 1897.
- KAUFFMANN. — Appendice dans la scarlatine. *Th. Paris*, 1907-08.
- KOUSNETZOFF. — Rapport de l'appendicite avec les maladies infectieuses. *Rousskivratsch*, 22-29 oct. 5 nov. 1905.
- KRETZ. — Phlégmone des Processus vermiformis im gefolge einer Angina tonsillaris. *Wiener. klin. Wochensch.*, 1902.
- LANNELOGUE. — Append. et causes. *Comptes rendus. Ac. des sciences*, Paris, 1902, p. 1553-59.
- LÉJARS. — Angine et append. *Sem méd.*, 29 juin 1904.
- LETULLE ET WEINBERG. — Lésions histolog. de l'appendice *Presse médic.*, 4 août 1897.
- LEUDET. — *Arch. gener. de Med.*, 1859, p. 129.
- MARVEL PH. — Has influenza been a causative factor in the increase of appendicitis. *Journal of the American Med. Assoc.*, 30 juillet 1904.
- M^{lle} VON MAYER. — *Revue de la Suisse Romande*.
- MERKLEN. — Appendicite grippale. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 19 mars 1897.
- MENGUS. — Appendicite consécutive à la rougeole. *Arch. méd. d'Angers*, 1905.
- MOSLER. — Zur Kenntniss der Nachkrankheiten der influenza. *Deut. med. Wochensch.*, 1890, n. 29.
- PILLIET ET COSTES. — Étude sur l'appendicite follicul. *Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1895.
- POLIAKOF. — Appendicite et pneumonie. *Revue de méd. (russe)*, 1901.
- RECLUS. — Pathog. de l'appendicite *Sem. méd.*, 23 juin 1897.

- ROBINSON. — Rheumatismas a cause of appendicitis. *Méd. Rec.* N. Y., 1895.
- ROGER. — Les maladies infectieuses. Paris, 1902.
- SAHLI. — Comptes rendus du Congrès de Munich, 1895, in *Sem. méd.*, avril 1895.
- SERVETTI. — Append. e angina. *Gaz. med. ital.*, Torino, 1906.
- SIMONIN. — Manifest. appendicul. au cours de quelques maladies infect. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 27 déc. 1901.
- SIMON. — L'appareil lymphoïde de l'intestin. *Th. Paris*, 1903-04.
- SIROTNIN. — Un cas de grippe compliquée de péritonite. *Soc. des méd. russes*, Saint-Petersbourg, 1892, oct.-déc.
- SCHNITZLER. — *Munch, Med. Wochenschr.*, 1902, p. 54.
- SUTHERLAND. — Append. and. rheumatism. *The Lancet*, 24 août 1895.
- THIBAUT. — Épidémicité de l'appendicite. *Th. Paris*, 1899-1900.
- TRIPPIER ET PAVIOT. — Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire. *Arch. génér. de méd.*, 1899.
- Appendicite par infect. génér. *Sem. méd.*, 1899, n. 10.
- VERNEUIL. — De la grippe au point de vue chirurgical. *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1890, n. 33.
- WEBER HAUS. — Amygdalite et appendicite. *Munch. med. Wochenschr.*, 30 déc. 1902.
- WILLIAMS. — A case of measles complicated by appendicitis. *Tr. Ann. Pédiat. Soc.*, N.-Y., 1901.